Zur Nierendekapsulation bei Eklampsie.

Inaugural-Dissertation

zur

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

verfasst und einer

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität

vorgelegt von

Nikola M. Stanischeff

aus **Sofia** (Bulgarien).

MÜNCHEN 1910

BUCH- UND KUNSTDRUCKEREI AUGUST VICTOR.

Zur Nierendekapsulation bei Eklampsie.

Inaugural-Dissertation

zur

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

verfasst und einer

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität

vorgelegt von

Nikola M. Stanischeff

aus **Sofia** (Bulgarien).

MÜNCHEN 1910

BUCH- UND KUNSTDRUCKEREI AUGUST VICTOR.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu München.

Referent: Prof. Dr. Döderlein.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545821_0155

Das Auftreten von klonischen und tonischen Konvulsionen der ganzen Körpermuskulatur bei Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen fasst man gegenwärtig als klinisches Bild der Eklampsie auf.

Als Aetiologie der Eklampsie nahmen Hypokrates und Galenus eine abnorme Blutfülle oder Blutleere an. Gegen Ende des XVIII. Jahrhunderts kam noch ein drittes ätiologisches Moment hinzu: Reizwirkung des übermässig ausgedehnten Uterus bei sehr jungen oder sehr alten Primiparae.

Die Entdeckung Lever's, der Eiweiss im Urin der Eklampsiekranken fand, gab einen neuen Strahl zur Erläuterung der Aetiologie der Eklampsie. Lever fand, dass die Menge des Eiweisses mit der Heftigkeit der Krankheit zusammenhängt und dass vor jedem Anfall eine Steigerung des Eiweisses im Urin zu konstatieren war. Das Auftreten von Eiweiss im Urin erklärt Lever mit dem Zustandekommen einer Kongestion in den Nieren, deren Venen von dem vergrösserten Uterus komprimiert werden. Was die Anfälle selbst betrifft, fasst er diese als urämische auf.

Diese Theorie wurde von Furichs, Litzmann und Spiegelberg weiter ausgebaut. Sie erklärten die Krämpfe durch Retention von Harnstoff im Blute und seiner weiteren Umwandlung in kohlesaures Ammoniak.

Im Gegensatz zu den älteren Theorien, die das primäre Moment in der Erkrankung der Nieren sahen, haben die neueren Theorien diese, sowie die Krämpfe als Folge eines gemeinschaftlichen Agens angesehen. So hat Gerdis; „Eklampsiebazillen", die sich bald als Proteus vulgaris gezeigt haben, gefunden; Albert hat die „Mikrobien der Decidua" entdeckt und Stroganoff erklärt die Eklampsie als eine

durch Eindringen von sich in der Luft befindendem Kontagium in die Lungen, hervorgerufene Krankheit.

In den letzten Jahren haben sich die Hauptinteressen auf eine neue Theorie konzentriert, nach welcher im mütterlichen Kreislauf sich giftige Stoffwechselprodukte bilden, die an Nierenstörungen, wie an der Auslösung der Krämpfe Schuld tragen.

Nach französischen Autoren handelt es sich um eine primäre Erkrankung der Leber, um eine Hepatoxämie, indem die kranke Leber nicht mehr imstande ist, die giftigen Stoffwechselprodukte unschädlich zu machen, sie zu neutralisieren.

Dienst schliesst, sich auf Tierexperimente stützend, dass die giftigen Stoffwechselprodukte vom Foetus stammen sollen. Der Hauptvertreter dieser Theorie ist Fehling.

Nach Veit ist die Ursache in das Eintreten von Syncytiumzellen im Blute, welche, als Antigen wirkend, die Bildung von Syncytiolysine im mütterlichen Blute hervorrufen.

Die letzte Theorie ist die von Liepmann verteidigte, die der Wahrheit nahe zu sein scheint und die heute die herrschende ist. Nach dieser Theorie soll die Eklampsie eine Erkrankung der Plazenta, die Plazenta soll der Giftherd dieser Erkrankung sein, — plazentare Theorie.

Zangemeister dagegen nimmt als das Wesen der Eklampsie überhaupt nicht eine toxische Wirkung, sondern einen reflektorisch entstehenden Gefässkrampf an. Auch Sippel ist geneigt, die Ursache der Eklampsie nicht in einer Giftbildung, sondern in einer pathologischen Retention zu suchen.

Es sind noch viele Theorien über die Aetiologie der Eklampsie aufgestellt worden, doch alle zu beschreiben, würde zu weit führen. Keine von diesen vielen Theorien hat die richtige Erklärung der Ursache der Eklampsie zu Tage zu bringen vermocht und so steht diese Frage in der modernen Medizin noch offen.

Im Jahre 1878 suchte Reginald Harrison den intrakapsulären Druck der Nieren durch einen einfachen Einschnitt herabzusetzen, um Albuminurie, Hämaturie, kolikartige Schmerzen, Anurie etc. der entzündeten Niere zu beeinflussen.

Harrison ist der Ansicht, dass die extreme Spannung der Nierenkapsel und die dadurch herbeigeführte Stauung die Rückbildung eines Entzündungsprozesses und die Urinsekretion zu hindern imstande sei. Die Aufhebung der Spannung durch Inzision genügt dann, die Urinsekretion wieder in Gang und die Entzündung zur Heilung zu bringen. Die Operation besteht in der Freilegung der Niere und Spaltung der Kapsel mit oder ohne Inzision des Organs.

Seine günstigen Erfolge ermunterten andere Kliniker, die gestörte Nierenfunktion durch Förderung des Harnabflusses durch Ureteroplastik, Nephriepexie, Lösung von Verwachsungen etc. wieder zu heben. Schon 1881 machte Le Dentu die Spaltung der Nierenkapsel, um dem Nierenparenchym die Möglichkeit grösserer Ausdehnung zu geben.

Der günstige Einfluss der Nierenspaltung bei entzündlichen Erkrankungen der Niere ist dann später öfters bestätigt worden. Z. B. Israel gibt an, dass die Inzision der Niere in vielen Fällen den nephritischen Prozess und seine Symptome günstig zu beeinflussen, ja auch Anurie, auf Grund akuter Nephritis zu heben vermag.

Der New-Yorker Gynäkologe Edebohls 1899 empfahl, die chronische Nephritis operativ zu behandeln und zwar auf Grund der Erfahrung, dass in ungefähr 6 Fällen von mit Nephritis komplizierter Wanderniere, die Spaltung der Nierenkapsel Heilung auch der chronischen Nephritis gebracht hatte.

Zur Heilung der chronischen Nephritis empfahl er später die ganze Capsula propria abzuziehen und zu exzidieren, natürlich unter möglichster Schonung des Nierengewebes. Seiner Theorie nach besteht die Hauptwirkung der Operation in der Bildung neuer Gefässverbindungen zwischen dem oberflächlichen Nierenparenchym und der sich neu bildenden Kapsel. Die Bildung dieser Gefässbahnen ist später von verschiedenen Seiten in der Tat auch experimentell nachgewiesen worden. Später berichtet er über eine grosse Anzahl von Heilungen und Besserungen und in seiner letzten Mitteilung gibt er an, dass die bei über 100 von ihm wegen chronischer

Nephritis ausgeführte Dekapsulation eine sofortige, oft ganz enorme Steigerung der Diurese gebracht habe.

Bovsing, Lennander, Israel u. a. haben durch diese Behandlung der chron. Nephritis zu keinem so günstigen Resultate, wie Edebohls, gelangen können.

Da aber nicht die Behandlung der chron. Nephritis meine Aufgabe ist, und um mich von meinem Ziel nicht zu entfernen, möchte ich bemerken, dass das Urteil über den Wert der Dekapsulation bei chron. Nephritis heute noch ein sehr geteiltes, sogar direkt ungünstiges ist, und meiner Ansicht nach, wie auch Kielleutner schon betonte, mag die Dekapsulation der Nieren bei chron. Nephritis gewisse Erleichterungen bringen, aber eine vollständige Heilung derselben durch die Dekapsulation halte ich für ausgeschlossen.

Im Jahre 1903 versuchte Edebohls seine Methode bei der puerper. Eklampsie; ein Jahr darauf bei der Schwangerschaftseklampsie. Aber trotz aller seiner Empfehlungen erfuhr sie auch bei den Gynäkologen anfangs eine kühle Abweisung.

Die ersten Mitteilungen über weitere Fälle von Dekapsulation kamen aus England und Frankreich: Cavaillon — Trillat (1903) und Pinard-Chamberlent-Pousson (1906). Allmählich schien dann die Operation auch in Deutschland Eingang zu finden.

1902 empfahl Sippel, unabhängig von Edebohls, die Dekapsulation der Nieren bei Nierenglaukom auszuführen, wenn nach Entleerung des Uterus die Eklampsie fortbesteht und zugleich die Nierenfunktion aufgehoben oder stark beeinträchtigt ist. Später empfahl er unter gleichen Voraussetzungen die Operation auch bei toxischen Nieren, die weich oder schwappend sind und die Eigenschaften oedematösen Gewebes zeigen. Sippel macht entgegen Edebohls die Operation nicht während der Schwangerschaft, sondern nur nach Entleerung des Uterus.

Polano veröffentlichte den ersten in Deutschland, allerdings mit unglücklichem Ausgang, operierten Fall. Zu dem reihen sich noch zwei andere Fälle, von Gaus veröffentlicht.

Dann kommen die Fälle von Asch, Falgowski, Haim, Wimmer, Essen-Möller und noch viele andere.

Hier möchte ich noch drei Fälle von Nierenkapsulation bei Eklampsie mitteilen, die in der hiesigen Frauenklinik vorgenommen wurden.

Fall I.

R., 27 Jahre alt. II — para.

Patientin wird früh 6 Uhr 30 Min. in komatösem Zustande eingeliefert.

Um 7 Uhr 15 Min. werden durch Zange und Wendung lebende Zwillinge von 2600 und 3100 gr. entwickelt.

Während der Extraktion des zweiten Kindes erneuerter Anfall. Starke atonische Nachblutung. Tamponade der Uterusscheide.

Gesamtblutverlust 1000 gr. Plazenta 900 gr. schwer. Puls 140, Temperatur 40,0° C. Blutdruck Riva-Rocci 90 120.

Es folgen in den nächsten Stunden vier weitere Anfälle. Harn ist nur tropfenweise vorhanden, gerinnt bei Kochen vollständig. Koma sehr schwer.

Um 11 Uhr 15 Min. wird in leichter Aethernarkose die Dekapsulation beider Nieren vorgenommen. Die Kapsel ist nicht gespannt und leicht abziehbar. Operation dauert 15 Minuten. (Operateur Prof. Döderlein.)

Eine Viertelstunde nach der Operation erfolgt der Exitus.

Pathologisch-anatomische Diagnose:

Multiple Nekrosen in der Leber. Diffuser haematogener Ikterus der Leber, leichte Schwellung der Milz. Glomerulo-Nephritis beiderseits. Operative Dekapsulation beider Nieren. Ganz leichte Dillatation des linken Herzventrikels. Akutes terminales Oedem der unteren Lungenabschnitte. Uterus post partum. Der Nierenbefund des Protokolls lautet: Die Oberfläche der linken Niere ist vollständig glatt, dunkelgraubräunlich, auf dem Durchschnitt das ganze Bindegewebe ziemlich derb — dunkel, nirgends vorquellend. Die Grenzen gegen den Markkegel sind stark injiziert, ebenso auch diese selbst. Schleimhaut des Nierenbeckens stark von flachen Blutaustritten

durchsetzt, ebenso das lockere Bindegewebe. Rechterseits ein ganz seichter Schnitt über die ganze Konvexität hin erkennbar. Auf dem Durchschnitt das Parenchym ebenfalls auffallend dunkel, stellenweise grau. Die Glomeruli treten überall sehr deutlich als feine, etwas durchscheinende Pünktchen hervor. Auch hier die Markkegel injiziert. Nierenbecken nur ganz wenig durchblutet.

Therapeutisch hat die Patientin von ihrer Einlieferung ab innerhalb 4 Stunden 5 ccm Parathyreoidin erhalten, ohne irgend welche sichtbare Beeinflussung des Allgemeinzustandes.

Fall II.

A.. 24 Jahre alt. I — para.

Die Patientin hatte mittags 1 Uhr spotan entbunden. Nach leichtem Prodromen trat um 6 Uhr abends der erste eklamptische Anfall auf, dem im Laufe der Nacht bis früh 9 Uhr zwölf weitere schwere Anfälle folgten. Harnmenge während dieser Zeit 120 ccm. Essbach 15‰. Tiefes Koma. Patientin ist stark zyanotisch. Blutdruck 150 (Riva-Rocci). Nach den Anfällen ist künstliche Atmung notwendig. In Anbetracht der schweren Oligurie und des sich stetig verschlimmernden Allgemeinzustandes wurde um 9 Uhr 30 Min. früh Dekapsulation beider Nieren vorgenommen. (Operateur Oberarzt Baisch.)

Die Anfälle sistierten sofort, das Koma schwand so schnell, das Patientin bereits eine Stunde nach der Operation dargebotene Flüssigkeit schluckte. Der ganze Allgemeinzustand war vollständig verändert. Harnmenge eine Stunde nach der Operation 150 ccm, in den ersten 24 Stunden 400 ccm, am zweiten Tage 1500 ccm, am dritten 3300 ccm. Eiweiss nahm rapid ab, war am dritten Tage nur mehr als schwache Trübung nachzuweisen.

Geheilt entlassen.

Fall III.

M. 26 Jahre alt. II — para.

Patientin wird am 29. IV. eingeliefert. Befindet sich im 10. Monat der Schwangerschaft.

Um 8 Uhr a. m. bekommt die Patientin den ersten typisch-eklamptischen Anfall. Eine halbe Stunde darauf folgt ein zweiter.

Um 8 Uhr 45 Min. wurde ein kräftiges Kind spontan geboren.

Um 10 Uhr 50 Min. bekam die Patientin Morphium inj. 0,01, um 11 Uhr 01. Camphoratum inj. 0,4 und um 12 Uhr wieder Morphium 0,01 inj., doch alles blieb ohne merkbaren Einfluss auf den Allgemeinzustand.

Trotz der um 5 Uhr 20 Min. ausgeführten Dekapsulation beider Nieren (Operateur Professor Dr. Döderlein) hörten die Anfälle nicht auf. Bis 12 Uhr 30 Min. hatte die Patientin schon insgesamt 15 Anfälle.

In diesem Falle blieb die Operation wieder ohne Erfolg — ohne irgend einen Einfluss auf die Anfälle und auf die Krankheit überhaupt ausgeübt zu haben. Durch Katheterisieren wurden 80 ccm dunkelbraunen Urin erhalten.

Nach beiderseitiger Freilegung der Nieren wurden diese in situ dekapsuliert. Es wurde ein Längsschnitt über die Konvexität des Organs ausgeführt und die Capsulae stumpf zurückgezogen. Dabei beiderseits ziemlich starke Blutung, die durch Tamponade mit steriler Gaze gestillt wurde. Darüber Vereinigung der Faszien und der Haut. Die Nieren waren weder vergrössert noch oedematös und die Kapsel war nicht gespannt.

Um 1 Uhr 30 Min. am 30. IV. Exitus.

Sektion verweigert.

Hier muss ich bemerken, dass die ersten zwei Fälle bereits publiziert worden sind von Dr. Eisenreich, Assistenzarzt bei der hiesigen Frauenklinik in der Zeitschrift für gynäkolog. Urologie B. II. H. 2.

Fall II ist noch ausführlicher auch im Zentralblatt für Gynäkologie No. 23 1910 von Herrn Privatdozent Oberarzt Dr. Baisch publiziert.

Beim Fall I, wie Eisenreich meint, und vielleicht auch beim Fall III in Anbetracht des schweren Komas und der fast vollständigen Anurie war von vornherein auch von der

Dekapsulation nicht mehr viel zu erwarten. Es ist wohl gerade in den ganz schweren Fällen I und III bereits zu einer starken Schädigung der Organe gekommen, ehe der erste Anfall erfolgte — also mit der Dekapsulation kam man zu spät.

Nach Sippel sollen bisher in der Literatur 47—48 Fälle von Nierendekapsulation bei Eklampsie veröffentlicht worden sein (meine 3 Fälle ausgenommen). Kehrer sammelte ihrer 23. — Nach ihm habe ich nur noch die in den Tabellen Seite 14—17 aufgeführten Fälle finden können.

Ueber die Ursache von der Wirkung der Nierendekapsulation bestehen viele verschiedenartige Anschauungen. — Sippel findet die Meinung Edebohls, dass sich einige Tage nach der Operation zwischen Nierenparenchym und Fettkapsel ein neues kollaterales Kapillarnetz bildet und dass die darauf bezogene arterielle Hyperämie die Heilung einleitet, für unrichtig. Auf Grund einer Sektion bei einem Eklampsiefall, bei dem eine deutliche intrarenale Spannung des Nierenparenchyms mit dunkelbraunroter Färbung und mit starker Schwellung festgestellt worden war, nahm Sippel an, dass in diesem Falle eine operative Kapselspaltung Heilung der Eklampsie herbeigeführt haben könne, und deshalb brachte er, unabhängig von Edebohls, die Erinnerung an die Kapsel — entspannende Operation herbei. Die bestehende intrarenale Spannung erklärte er auf mechanischem Wege — die Wirkung also, seiner Meinung nach, ist eine druckherabsetzende.

Polano hält die rein mechanische Erklärung des Operationseffektes für unzureichend. Wiemer ist dagegen Anhänger der Sippel'schen Theorie und hält die entspannende Wirkung der Dekapsulation immerhin für erläuternder als die Edebohl'sche Theorie der neuen Gefässanastomose.

Frank ist wieder für die Edebohl'sche Theorie, er sagt: „Die Vorstellung is nicht von der Hand zu weisen, dass erst eine nach bestimmter Zeit eintretende Verklebung mit neuen Abflussbahnen — etwa im Sinne der Tolmat'schen Operation – die Entlastung der Nieren zu Wege bringt."

Pinard ist gleichfalls für die entspannende Wirkung der Operation und hält sie für die Wahrscheinlichste.

Falgofski's Theorie lässt sich ungefähr so zusammenfassen:

Die gelähmte Blutzirkulation wird durch Beseitigung des intrakapsulären Druckes wieder in Fluss gebracht und der Stoffwechsel wieder möglich gemacht.

Die arterielle Hyperämie, die unmittelbar der Dekapsulation folgt, wirkt auf die angehäuften Entzündungsstoffe resorbierend und zugleich harntreibend.

Der Epithelapparat, der durch toxische Einwirkung geschädigt war, wird durch Wiederherstellung der normalen Blutzirkulation wieder leistungsfähig gemacht. Mag man sich die Epithelschädigung durch mechanisch-entstandene intrarenale Drucksteigerung denken, oder die gestörten Druckverhältnisse auf die toxische Schädigung des Epithels zurückführen — in jedem Falle wird die Operation druckentlastend und indirekt auch epithelregenerierend, falls nicht schon ausgedehnte Nekrosen eingetreten sind.

Falgowski bemerkt noch, dass die in grösserem oder geringerem Grade mit der Operation verbundene Blutentziehung der Nieren möglicherweise bei bestehender venöser Stase nur förderlich sein könnte.

Asch sagt: Die akute Schwellung der Niere führt zur Einklemmung in der Kapsel. Die Einklemmung zum völligen Versagen der Funktion. Sind toxische Stoffe Grund für die erste Schwellung, so führt das Erlöschen der Funktion zu einer weiteren Retension des Giftes. Dieser Circulus vitiosus wird durch die Sprengung der Kapsel und die Befreiung der Nieren durchbrochen. So kann eine Heilung eintreten.

Später bringt Sippel eine zweite Möglichkeit der Wirkungsweise der Dekapsulation. Hier berichtet er über einen anderen Befund, welcher nichts weniger darstelle als eine Erhöhung der intrakapsulären Spannung und zugleich die Möglichkeit biete, durch die Dekapsulation der Nieren ebenfalls eine günstige Beeinflussung bezüglich der sekretorischen Tätigkeit derselben zu erfahren. Die intrakapsuläre Spannung sei hier nicht erhöht, die Nieren seien normal gross und matsch, weich oder schwappend. Die primär durch das Ek-

Autor	Alter d. Gravida Schwang.-Eklampsie, od. puerperale Eklampsie	Allgemeinbefinden und Zahl der Anfälle vor der Dekapsulation. Geburtsverlauf	Urinbefund vor der Dekapsulation
Alsberg P. (op. Keller)	34 J., I.-grav. Schwang.-Ekl.	Entbindung nach 1 Anfall. Danach noch 12 Anfälle. Nach 9. Anfall Koma	Albumen. 6‰. Zahlreiche Zylinder. Mässige Oligurie
„	27 J., IV.-grav. Schwang.-Ekl.	2 Tage nach 1 Anfall Entbindung. (Vaginal. Kaiserschnitt.) Vor Entbindung 20 Anfälle. Zwischen Entbindung und Dekapsulation 10 Anfälle. Nach dem 4. Anfall Koma	Starke Oedeme. ½‰ Albumen. Zylinder. Mässige Oligurie
„	18 J., I.-grav. Schwang.-Ekl.	4 Stunden nach 1. Anfall Entbindung. (Extraperitonealer Kaiserschnitt.) Vor Entbindung 6 Anfälle. Zwischen Entbindung und Dekapsulation 7 Anfälle. Koma	Albumen 2‰. Zylinder. Leichte Oligurie
„	20 J., I.-para Schwang.-Ekl.	4 Stunden nach 1. Anfall Entbindung. (Perforation nach Zangenversuch.) Vor Entbindung 5 Anfälle. Zwischen Entbindung und Dekapsulation 20 Anfälle	Albumen 1‰. Zylinder
Baisch (Mein Fall II)	24 J., I.-para. puerp. Ekl.	Spontangeburt. 5 Stunden nach der Geburt 1 Anfall. In den nächsten 15 Stunden noch 12 schwere Anfälle. Koma. Patientin stark cyanotisch	Während den 18 Std. nach d. Entbindung katheterisiert. Urin insgesamt 248 ccm. Gerinnt b. Kochen vollständig. Granulierte Zylinder. Epithelien etc. Urin dunkel. Eiweissgehalt 15‰
Der von mir hier beschrieb. Fall III (op. Prof. Dr. Döderlein)	26 J., II.-para. Schwang. Ekl.	Nach 2. Anfall Spontangeburt. Während der Geburt kein Anfall. In den nächsten Stunden noch 5 Anfälle	Katheterisiert. Urin 80 ccm dunkelbraun Gerinnt b. Kochen vollständig
EisenreichO. (op. Döderlein) (Mein Fall I)	27 J., II.-para Schwang.-Ekl.	Koma. 1 Stunde nach der Einlieferung Entbindung (durch Zange und Wendung). Zwillinge. Während der Geburt 1. Anfall. In den nächsten Stunden noch 4 Anfälle	Harn nur tropfenweise vorhanden. Gerinnt b. Kochen vollständig

Zeit der Vornahme der Dekapsulation	Nierenbefund bei Operation oder Sektion	Veränderung des Allgemeinbefundes nach der Dekapsulation	Veränderung des Urins nach der Dekapsulation
28 Stunden nach der Entbindung 23 Stunden nach 1. Anfall	—	Kein Anfall mehr. Aufhellung des Bewusstseins. Geheilt	Besserung der Diurese und der Albuminurie
21 Stunden nach der Entbindung 3 Tage nach 1. Anfall	—	6 Anfälle. 8 Tage post partum Tod	Keine Besserung
17 Stunden nach der Entbindung 21 Stunden nach 1. Anfall	—	Kein Anfall mehr. Geheilt	Rasche Besserung der Diurese. Kein Albumen
9 Stunden nach der Entbindung 13 Stunden nach 1. Anfall	—	12 Anfälle. 3 Tage p. op. Aufhellung des Bewusstseins. Geheilt	Besserung der Diurese. Kein Albumen mehr
19 Stunden nach der Geburt	Nieren von starkem Oedem durchtränkt, nicht vergrössert, Kapsel nicht gespannt. Nieren mässig weich bis derb, von starkem Oedem durchtränkt, nicht vergrössert, Kapsel nicht gespannt	Kein Anfall mehr! Koma hellt sich rasch auf. Besserung. 28 Tage nach der Operation geheilt entlassen	Besserung der Diurese. In den nächsten 3 Stunden 400 ccm Urin mit nur noch 3‰ Eiweissgehalt. Endlich Urinmenge 3440 ccm und keine Spur von Eiweiss
Stunden nach der Geburt	Nieren weder vergrössert noch oedematös. Die Kapsel nicht gespannt. Sektion verweigert.	7 Stunden nach der Operation 8 Anfälle. Eine Stunde nach der Dekapsulation erfolgt der Tod	Keine Besserung der Diurese
Stunden nach der Entbindung	Kapsel nicht gespannt. Sektion: Multiple Nekrosen in der Leber. Ikterus. Schwellung d. Milz. Oedem der unteren Lungenabschnitte. Nieren dunkelgraubräunlich, Rindengewebe derb, dunkel, nirgends vorquellend	Eine Viertelstunde nach der Operation erfolgt der Tod	Keine Besserung der Diurese

Autor	Alter d. Gravida Schwang.-Eklampsie od. puerperale Eklampsie	Allgemeinbefinden und Zahl der Anfälle vor der Dekapsulation. Geburtsverlauf	Urinbefund vor der Dekapsulation
Gminder	18 J., I.-grav. puerp. Ekl.	Spontangeburt. Zahlreiche Anfälle p. p. Koma	Oligurie. Zahlreiche Zylinder. Albumen
Halliday Croom	23 J., I.-para puerp. Ekl.	Entbindung (Manuelle Umwandlung einer Stirnlage in Gesichtslage). 7 Stunden nach der Entbindung 1. Anfall. Innerhalb 24 Stunden 14 Anfälle	Urin gerinnt beim Kochen vollständig. Albuminurie — Oligurie
Reiferscheid (op. Fritsch)	44 J., XXI.-para. Schwang.-Ekl.	Im Beginn der Wehen 5 Anfälle. Nach der Geburt 6 schwere Anfälle. Koma	Gesamt-Urin nach 12 Stunden 200 ccm. 2‰ Eiweiss
„	33 J., V.-para Schwang.-Ekl.	Bewusstlos. Stark cyanotisch. Vor Entbindung 3 Anfälle. (Vaginal. Kaiserschnitt.) Nach der Entbindung kein Anfall mehr	Starke Oligurie. Der vor der Entbindung katheterisierte Urin enthält 7 ‰ Albumen. Nierenepitholien, Blutkörperchen granul. Zylinder. 25 Stunden nach der Entbindung Urinmenge gering (150 ccm)
Sippel	42 J., IX.-para Schwang Ekl.	Koma. Nach 2. Anfall Wendung und Extraktion des Kindes. Nach der Entbindung kein Anfall mehr. Koma fortbesteht. Vaginal. Kaiserschnitt	Katheterurin 200 ccm schwarzbraun, 12‰ Eiweissgehalt. Anurie besteht auch 30 Stunden nach der Entbindung. 20 ccm Urin gerinnt beim Kochen vollständig
Ziemendorff (op. Ahrens)	19 J., I.-grav. Schwang.-Ekl.	Nach dem 2. Anfall Spontangeburt. Danach noch 7 Anfälle. Koma	Oligurie. 100 ccm Urin. 15‰ Eiweiss

Zeit der Vornahme der Dekapsulation	Nierenbefund bei Operation oder Sektion	Veränderung des Allgemeinbefundes nach der Dekapsulation	Veränderung des Urin nach der Dekapsulation
12 Stunden nach der Entbindung	Keine Kapselspannung. Oedematöse, weiche, vergrösserte Nieren.	Koma und Krämpfe halten an. Nach 47 Stunden erfolgt der Tod	Keine Besserung der Diurese
Nach Versuch von: Venaesectio, Kalium aceticum, Thyreoidextrakt, heisse Packungen — Vornahme der Dekapsulation	L. Niere vergrössert. Die Kapsel ziemlich adhärent	Kein Anfall mehr. Besserung. Geheilt	Eiweiss nahm ab. Besserung der Diurese
Nach dem 6. Anfall	R. Niere dunkelblaurot, Kapsel stark gespannt. L. Niere weniger gespannt, fleckweise dunkelblaurot mit gelben Flecken. Tobsuchtsanfall. Im Urin Jod. Sektion: subendokardiale Blutungen im linken Ventrikel. Verkalkung der Bronchialdrüsen beiderseits.	Kein Anfall mehr. Bewusstsein klar, dann starke Unruhe. 2 Tage p.Op. Tobsuchtsanfall. Am 3. Tag Tod	Urinmenge 24 Std. nach der Operation 1450 ccm
24 Stunden nach der Entbindung, weil Urinmenge gering	R. Niere vergrössert, dunkelblaurot, Kapsel nicht gespannt, linke Niere weniger vergrössert, sonst gleich der rechten. Nierengewebe oedematös.	Anfangs Besserung. Nach 5 Tagen verschlimmert sich der Zustand. Patientin benommen. Am 6. Tag Tod	Eiweiss nimmt ab. Urinmenge 25 Std. p. op. 150 ccm. In den nächsten 24 Std 160 ccm
30 Stunden nach der Entbindung, weil Anurie fortbesteht. Entkapselung nur der r. Niere (falsch!)	R. Niere geschwollen, hart, blass, rötlichgrau. Kapsel derb und gespannt	Anfangs Besserung, dann Verschlimmerung. Koma tiefer. Eiweiss nimmt zu. 5 Tage nach der Entbindung und 3 Tage nach der Dekapsulation erfolgt der Tod an fortschreitender Lähmung	Cirka 15 Std. nach der Operation 400 ccm Urin. Urinmenge nimmt zu. Eiweiss nimmt ab. Dann Verschlimmerung
11 Stunden nach der Entbindung	Nieren etwas dunkel, nicht vergrössert; keine Kapselspannung	Kein Anfall mehr! Allmähliche Besserung	Besserung der Diurese und der Albuminurie

lampsietoxin geschädigten Nierenkapillaren, seröse Flüssigkeit tritt in das umgebende Gewebe aus — dadurch dieser Zustand der Nieren. Hierdurch erfolgt rückwärts eine Kompression der Kapillaren und eine schwere Beeinflussung der Nierenfunktion. Die günstige Wirkung der Operation erklärt er ungefähr so: Durch das Abstreifen der Kapsel werden die Gewebsspalten der ganzen Nierenoberfläche eröffnet und nun kann sich das entzündliche Oedem nach aussen entleeren; durch diese Entleerung entsteht eine Druckentlastung der Kapillaren und die Zirkulation kann wieder unbehindert erfolgen.

Kehrer geht energisch gegen die Edebohl'sche Meinung über die Wirkung der Dekapsulation vor. „Wer die Capsula adiposa vom Sektionstisch kennt, schreibt er, wird in ihr als einem ziemlich gefässarmen Gewebe keine besondere Tendenz zur Bildung von Gefässsprossen vermuten. Aber selbst wenn die letztere von den da und dort bei der Kapselabstreifung gesetzten Wunden der Nierenoberfläche erfolgt, so vergehen mehrere Tage, bis die Kolateralbahnen funktionieren können. Gerade einen akuten Erfolg brauchen wir aber bei der Eklampsie; erst die weitere Ausheilung des Nierenparenchyms, das Verschwinden der Albuminurie und Zilindrurie könnte durch die Funktion der Kollateralen geschehen."

In seiner letzten Arbeit über Dekapsulation bei Eklampsie an einer Stelle über die Wirkungsweise derselben schreibt Sippel folgendes: Die Entkapselung wird nur empfohlen, um die stark herabgesetzte oder völlig darniederliegende Diurese durch Herstellung besserer Zirkulationsverhältnisse in den Nieren zu steigern oder hervorzurufen. Die Hebung der Zirkulation durch die Entkapselung muss eine momentane sein, weil der diuretische Erfolg ein momentaner ist. Die Steigerung der arteriellen Zufuhr entsteht sicher nicht durch Bildung von Adhäsionen und Neubildung von Gefässen, wie Edebohls für seine Behandlung der chronischen Nephritis annimmt. Dazu gehört Zeit. Die Hemmung der Diurese bei den Eklampsiefällen ist hauptsächlich durch Kompression der Kapillaren bedingt, entweder infolge akuter intrarenaler Drucksteigerung oder auch — bei der oedematösen matschen

Niere — durch Druck seitens des in die Gewebe ausgetretenen Blutserums.“ Dementsprechend nimmt Sippel an, dass die günstige Wirkung der Entkapselung, wie schon erwähnt, durch Beteitigung dieses, auf die Kapillaren wirkenden Aussendruckes herbeigeführt wird.

Kehrer schliesst, dass der Erfolg der Edebohl'schen Operation in einer durch dieselbe herbeigeführten Anregung der Urin – Harnstoff — und Eklampsietoxinausscheidung zu suchen ist.

Von den wenigen Autoren, die sich noch skeptisch gegen die Dekapsulation verhalten, ist Zangemeister zu nennen. Als Wesen der Eklampsie nimmt er überhaupt nicht eine toxische Wirkung, sondern einen reflektorisch entstehenden arteriellen Gefässkrampf an und über den „eventuellen“ Effekt der Nierendekapsulation, wie er sich ausdrückt, sagt er, dass er nicht in einer Hebung der Diurese beruhen kann, denn die letztere sei nicht nötig, um die Eklampsie zum Verschwinden zu bringen. Die Steigerung der Diurese sei sogar durchaus nicht immer die Garantie der Heilung und die Beschränkung der Diurese nach einer gewissen Dauer von selbst aufhöre, — Seine Anschauungen begründet er auf eigene Beobachtungen von vielen Eklampsiefällen. — „Die Möglichkeit, durch die Dekapsulation einen Einfluss auf den eklamptischen Symptomkomplex zu gewinnen, will ich nicht ganz leugnen, aber es kann ein solcher Einfluss nicht auf dem Umwege der Nierensekretion, sondern allenfalls auf einer mechanischen Einwirkung auf die Nebenniere, die sympathischen Nervengeflechte oder dergl. beruhen (Zangemeister).

Mijnlieff betrachtet die intrarenale Spannung, wie schon erwähnt, als Ursache der Entstehung der Eklampsie und weist auf die Wichtigkeit der mechanischen Momente für das Zustandekommen der schweren Nierenstörungen hin. Er stützt sich besonders auf die Versuche Liepmanns, die beweisen, dass schon eine geringe Druckerhöhung im Uterus zu einer raschen Aenderung der Nierenfunktion und Verringerung der Harnstoffausscheidung führt. Diese Veränderung der Nierenfunktion ist die Folge einer venösen Stauung.

In dem Zustandekommen einer erhöhten intrarenalen Spannung auf mechanischem Wege durch Druck auf den Ureter in der Schwangerschaft sieht er eine der Ursachen für das Auftreten der Eklampsie, die in weitgehendem Masse neben dem toxischem Moment berücksichtigt werden müsse. Demnach die Nierenaffektion ist eine durch die Ausscheidung des eklamptischen Giftes hervorgerufene Erscheinung, Es ist auch klar, dass durch diese akute toxische Nephritis nicht beide Nieren gleichmässig geschädigt werden brauchen, da man aber nie wissen kann, auf welcher Seite die akuten Erscheinungen bestehen, muss man immer doppelseitig operieren, wie dies auch von Bovis betont ist. — So ist also die Harrison'sche einseitige Operation unrichtig. Harrison meinte, dass die Druckentlastung der einen Niere günstig auf die andere wirkt. —

Ist der intrakapsuläre Ueberdruck auf operativem Wege beseitigt, so ist die weitere Wirkung der Dekapsulation mit den Worten Falgowski's wohl am besten zu erklären: „Eine Wiederherstellung der lahmgelegten Blutzirkulation und dadurch Ermöglichung des Stoffaustausches durch arterielle Hyperämie und Wiederherstellung des geschädigten Epithelapparates der Nieren".

Was die Nierenkapselung bei Eklamptischen bis jetzt geleistet hat, ist aus dem vorjährigen Vortrage Sippel's deutlich zu sehen. Bei 81,5 % operierten Fällen trat im Anschluss an die Dekapsulation eine ganz ausgesprochene Hebung der Diurese ein. Nur bei 18,5 % trat keine Besserung ein und sämtliche Fälle starben. Von anderen Autoren wird der Erfolg bezüglich der Diurese geradezu überraschend genannt. Z. B. Lichtenstein, Thorn u. A. konnten für ihre Fälle eine günstige Einwirkung auf die Diurese mit Sicherheit nachweisen. Die Tatsache, dass in weitaus der grössten Anzahl der operierten Fälle durch die Entkapselung der Nieren eine rasche und ausgiebige Hebung der stark oder völlig gehemmten Diurese erzielt wurde (ausgenommen Zangemeister u. a.) und dass somit der durch den Eingriff erstrebte spezifische Effekt erreicht wurde, steht fest (Sippel).

Eisenreich, bei der Mitteilung des Falles I in der Zeitschr. f. Gynäkolog. Urologie B. II H. 2 schreibt: „Wir müssen auf Grund unseres Materials den Schluss ziehen, dass die Fälle, in denen mit der Dekapsulation eine Rettung der Patientin erzielt werden kann, nicht häufig sein werden. In Anbetracht aber der von anderen Seiten erzielten Erfolge wäre es jedoch falsch, die Operation ganz zu verwerfen."

Auch Baisch, bei der Mitteilung des Falles II, spricht sich für die Operation aus. „Das Gefühl der therapeutischen Ohnmacht, wenn nach spontaner oder operativer Entbindung die eklamptischen Anfälle wiederkehren, lässt allem Skeptizismus zum Trotz den Versuch einer operativen Behandlung gerechtfertigt erscheinen, da nach den bisher vorliegenden Mitteilungen von 50 Operierten immerhin 33 genesen sind".

„Angesichts der in einzelnen Fällen beobachteten eklatanten Erfolge muss man die Berechtigung des Eingriffes durchaus anerkennen" (Reiferscheid).

Der Hinweis Kehrer's auf die Zukunft — ob nicht durch Einhüllung der Nieren in unnachgiebige bindegewebige Schwielen die spätere Nierenfunktion beeinträchtigt wird — ist von grosser Bedeutung. Stöckl glaubt nicht, dass solche Funktionsstörungen wahrscheinlich sind, trotzdem hält er es für absolut erforderlich, dass alle Operierten durch Jahre hindurch von Zeit zu Zeit zu einer genauen Kontrolle mittels Zystoskopie und Ureterkatheterismus veranlasst werden. —

Eine gdnau umschriebene Indikation — wann die Dekapsulation bei Eklampsie vorzunehmen ist — ist auf Grund der in der Literatur bisher bekannten Fälle noch nicht festzustellen.

Edebohls operierte während der Schwangerschaft. Sippel dagegen behauptet, dass die Operation nicht während der Schwangerschaft angezeigt sei, weil alle jene Ursachen, welche zu der Eklampsie und den Veränderungen an den Nieren geführt haben, gerade in der Schwangerschaft selbst begründet sind und fortbestehen bleiben, solange diese besteht. Wir wissen ja, dass durch die Geburt selbst Heilung erfolgen

kann. — Pinard, sowie Elis-Essen-Möller führen die Dekapsulation bei vollkommener Anurie aus.

Mijnlieff und ter Braak präzisieren die Indikation folgendermassen: Findet man bei einer eklamptischen Oligurie bei stark albuminhaltigem sanguinulentem Urin nach mikroskopischer Untersuchung ausser roten Blutkörperchen eben noch granulierte Zylinder und Nierenepithelien, so ist man vollkommen berechtigt, operativ einzugreifen.“ Hier muss ich erwähnen, dass bei den seltenen Fällen von Eklampsie ohne Nierenstörung der Eingriff von vornherein naturgemäss wegfällt.

Der letale Ausgang nach der Operation wird von vielen Autoren selbst erklärt (Polano, Pièri u. a.) dadurch, dass sie die Dekapsulation vielleicht zu spät ausgeführt haben. Pièri sagt: „Nous pensions, que la toxémie avait agi de façon trop intense. Pratiquée quelques heures plus tôt, l'opération eût probablement sauvé la malade.“

Stenglein meint, dass sich der Zeitpunkt des Eingreifens unter hauptsächlicher Berücksichtigung des Urinbefundes, der Zahl und Intensität der Anfälle, des Pulses, insbesondere seiner Qualität, der Atmung und des übrigen Allgemeinzustandes feststellen lässt.

Der Vorschlag von Gaus, in jedem Falle von Eklampsie an die Entbindung sofort die Entkapselung anzuschliessen, ist als ein zu weit gehender zu betrachten.

Als erste Vorbedingung zur Dekapsulation stellen auch Döderlein und Kehrer, neulich auch Stöckel, die Entfernung der Quelle der Vergiftung, die wahrscheinlich in dem Ei zu suchen ist.

Kehrer zieht den Schluss, dass die Dekapsulation in schweren Fällen von puerp. Eklampsie mit vorwiegender Beteiligung der Nieren berechtigt — sogar empfehlenswert sei, in denen trotz erfolgter Entbindung, trotz Venaesektio und aller übrigen die Ausscheidungsorgane des Organismus anregenden Massnahmen eine Verstärkung der Anfälle und Verschlimmerung des Allgemeinzustandes erfolgt. Doch, betont

er, es darf in solchen Situationen mit der Dekapsulation nur wenige Stunden gewartet werden. —

Sippel schreibt neulich auch, dass die Indikation zur Entkapselung der Nieren bei Eklamptischen dann besteht, wenn die sonstigen Massregeln: Entleerung des Uterus, Anregung der Diurese und Diaforese versagt haben, wenn Krämpfe oder Koma nach der Geburt unverändert fortbestehen und wenn eine erhebliche Beeinträchtigung der Nierenfunktion nachweisbar ist.

Baisch stellt die Indikation zum operativen Eingriff noch kürzer. „Wenn nach der Entbindung die Anfälle fortdauern, oder erst dann auftreten, und wenn gleichzeitig die Urinmenge sinkt, so ist die Dekapsulation der Nieren vorzunehmen. Die bisher erzielten günstigen Resultate (66 % Heilung) verpflichten, in keinem geeigneten Falle dieses stärkste Diuretikum unversucht zu lassen, dem wir zur Zeit kein, auch nur annähernd so energisches und zuverlässiges zur Seite stellen können."

Die Erforschung und Erkenntnis derjenigen Momente, welche zu einer Giftretention im Körper zu führen vermögen, scheinen für die Eklampsieforschung vorläufig noch wichtiger zu sein, als die Bestrebung, das Gift oder die Gifte selbst auszufinden (Sippel).

Die Indikation ist der Punkt, der der kritischen Beurteilung der Operationserfolge immer erhebliche Schwierigkeiten bereiten wird, denn es wird schwer sein, wenn nicht unmöglich, eine exakte, von Subjektivismus völlig freie Indikationsstellung für die Nierendekapsulation zu formulieren (Stöckel).

Ein spezielles, für die Eklampsie charakteristisches, pathologisch-anatomisches Bild gibt es nicht. Die häufigsten Leichenbefunde sind: Blutungen und nekrotische Herde in der Leber, miliare Blutungen im Gehirn, Gerinnungsthrombose

in den Glomeruluschlingen, parenchymatöse Trübung der Nierenepithelien. Die exklamptische Niere hat mit der der chronischen Nephritis nichts gemeinsames.

Unseren ätiologischen Kenntnissen entsprechend ist die Therapie bei Eklampsie heute noch empyrisch-symptomatisch. Man sucht die Konvulsionen zu koupieren, entfernt das Kind mit Plazenta als direkte Ursache der Eklampsie, um den mütterlichen Körper zu entgiften. Die Anfälle sucht man hauptsächlibh durch Narkotika zu bekämpfen. Morphium, Chloroform und Chloralhydrat.

Grosse Dosen von Morphium (0,02—0,03) empfiehlt Veit. Es ist aber immerhin ratsam, mit Morphium vorsichtig umzugehen und lieber kleinere Dosen mehrmals zu verordnen.

Um das Gift aus dem Körper zu entfernen, ist wiederholt die Anregung der Schweissdrüsen durch warme Bäder oder innere Mittel (Pilokarpininjektionen u. a.) empfohlen worden. Ob das Gift durch die Schweissdrüsen eliminiert, ist fraglich. Bumm hat öfters ein Tieferwerden des Komas nach der Schwitzkur konstatiert · wahrscheinlich durch Konzentration des Giftes.

Kochsalzinfusionen haben kaum bessere Resultate gezeigt, dagegen ein kräftiger Aderlass nach Uthmöller 800—1000 ccm Blutmenge, je nach dem Kräftezustande der Patientin wirkt oft sehr gut – ja Uthmöller soll sogar dadurch Heilung erzielt haben.

Jedoch bleibt zur Zeit die beste Therapie, möglichst rasch zu entbinden. Diese Therapie, so einfach in den modernen Kliniken, obgleich man öfters mit geschlossenem Muttermund und atonischen Blutungen zu tun hat, kann für den praktischen, auf sich selbst verwiesenen und mit modernem antiseptischen Komfort nicht versehenen Arzt, ungemeine Schwierigkeiten bieten.

Zum Schlusse möchte ich dem Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein meinen ergebensten Dank für die freundliche Uebernahme dieses Referates, sowie dem Herrn Privatdozenten Oberarzt Dr. Baisch, dem Herrn Assistenzarzt Dr. Eisenreich und Herrn Dr. Kielleutner für die gütige Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit aussprechen.

Literatur.

Alsberg P. — Zbl. f. Gynäkologie. 1909, p. 934.

Asch — Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie. (Zentralblatt f. Gyn. 1908 No. 9).

— Bericht aus der gynäkolog. Gesellschaft in Breslau (Zentralblatt f. Gyn. 1908, No. 12, S. 405).

Baisch K. — Ein durch Nierendekapsulation geheilter Fall von puerperaler Eklampsie. (Zentralbl. f. Gynäkol. No. 23. 1910).

Baumm — Nierendekapsulation bei Eklampsie. (Gynäkol. Gesellschaft, Breslau, 3. Dez. 1907 Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1908, S. 402.)

Bovsing — Zentralbl. f. Chirurgie 1904, Bd. 31, S. 513.

de Bovis — De la décapsulation du rein dans le traitement de l'éclampsie' (Semein médicale 1907, No. 10.)

ter Braak und A. Mijnlieff — Ein Fall von Eklampsie infolge erhöhter intrarenaler Spannung. (Zentralbl. f. Gyn. 1907, No. 42.)

Cavaillon und Trillat — Du traitement de l'éclampsie puerpérale par la décapsulation rénale d'après Edebohls. (Gazette des hospitaux. 1903. No. 116).

Chamberlent und Rousson — Referat Zentralbl. f. Gynäkol. 1906. No. 25. Bericht von Pinard, Annales de Gyn. 1906. 2 Serie. Torne III. S. 193.

Croom H. — Renal decapsulation in puerperal eclampsia. (Edinb. Journ. N. S. II. S. May 1909.)

Döderlein — Verhandl. der oberrhein. Ges. f. Geb. und Gyn. in Hegars, Beiträge zur Geb. und Gyn. 1908, B. 12.

Edebohls — Ein neuer durch Nierendekapsulation geheilter Fall von puerper. Eklampsie (Zentralbl. f. Gyn. 1906, No. 25.)

— The Surgical Treatment of Brights Disease.

Elis-Essen-Möller — Ein Fall von Nierendekapsulation bei Eklampsie. (Zentralbl. f. Gyn. 1908, No. 2.)

Eisenreich Otto — Die Dekapsulation der Nieren bei der Eklampsie (Zeitschr. f. Gynäkol. Urologie B. II, H. 2. 1910).

Frank — Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie. (München. Med. Wochenschrift 1907 No. 50 s. 2471.)

Gauss — Zur Behandlung der Eklampsie mit Dekapsulation (Zentralbl. f. Gyn. 1907, No. 19.)

Gminder — Münchn. med. Wochenschr. 1909. No. 2, p. 77. Zbl. f. Gynäkol. 1909, p. 1628.

Haim — Beitrag zur Nierendekapsulation bei Eklampsie. (Zentralbl. f. Gyn. 1908. No. 20.)

Kehrer E. — Die Nierendekapsulation bei Eklampsie. (Zeitschr. f. gynäkol. Urologie B. I. H. 2. 1908.

Lipburger J. — Ueber Dekapsulation der Nieren weges Morbus Brighiti. (Therapeut. Monatshefte 1908. H. 10. S. 502.)

Liepmann — Zur Aetiologie der Eklampsie. I. Mitteilung. (Münchn. med. Wochenschr. 1905. No. 15. S. 687.)

— II. Mitteilung. (Münchn. med. Wochenschr. 1905. No. 51. S. 2485.)

— Zur Aetiologie der Eklampsie im Wochenbett. (Zentralbl. f. Gyn. 1906. No. 24.)

— Die Eklampsie und ihre Behandlung. (Zeitschr. f. gynäkol. Urologie Bd. I. H. 3. 1909.)

Mijnlieff — Intrarenale Spannung als eine der Ursachen der Eklampsie. (Zentralbl. f. Gyn. 1905. No. 13.)

Pinard — De la décapsulation rénale et de la Néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie. (Ann. de gyn. 1906. II. Serie. Tome III. S. 193.)

Piéri — De la décapsulation du rein et de la néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'eclampsie. (Ann. de gyn. 1907. II. Serie. Tome IV. S. 257.)

Polano — Ein Fall von Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie (Zentralbl. f. Gyn. 1907. No. 1.)

Sippel — Die Nephrotomie bei Anurie Eklamptischer. (Zentralbl. f. Gyn. 1904. No. 15.)

— Zur Nierenaushülsung oder Nierenspaltuug bei Eklampsie. (Zentralbl. f. Gyn. 1907. No. 51.)

— Die Entkapselung der Nieren bei Eklampsie. (Monatsschrift f. Geburtsh. und Gynäkologie. 1909. S. 619.)

— Die Nierenentkapselung bei puerperaler Eklampsie. (Zeitschr. f. gynäkolog. Urologie. B. II. H. 2. 1910.)

Reifferscheid K. — Die Nierendekapsulation bei Eklampsie. (Zeitschr. f. gynäkolog. Urologie. B. I. H. 3. 1909.)

Stenglein M. — Ein Beitrag zur Nierendekapsulation bei Eklampsie. (Inaugural-Dissertation. 1908. Breslau.)

Stöckel — Zur Nierendekapsulation bei Eklampsie. (Zeitschr. f. gynäkol. Urologie. B. II. H. 2. 1910.)

Zangemeister — Ueber eklamptische Oligurie, zugleich eine Kritik der Nierendekapsulation bei Eklampsie. (Zeitschr. f. gynäkol. Urologie. B. II H. 2. 1910.)

Ziemendorff — (Münchn. med. Wochenschr. No. 45, p. 1970. 1909.)

Lebenslauf.

Ich, Nikola M. Stanischeff, bin geboren am 19. September 1882 im D. Galitschnik — Makedonien — Türkei als Sohn des Bauunternehmers Michail J. Stanischeff. Als fünfjähriges Kind kam ich nach Sofia (Bulgarien) und Ende Juni 1904 absolvierte ich dort das I. Städt. Gymnasium. Zwei Monate darauf fuhr ich nach Russland und wurde im September in der Kaiserlich Medizinischen Kriegsakademie zu Petersburg als Student aufgenommen. Es waren gerade „die schrecklichsten" Zeiten: die Revolution brach aus und der Russisch-Japanische Krieg war im vollen Gange. Im Frühling 1905 wurden alle Universitäten Russlands geschlossen. Deshalb fuhr ich nach Sofia und kam im Herbst wieder nach Petersburg zurück, um nach einmonatlichem Verbleiben dortselbst nach München zu fahren, wo ich bis Ende meines Studiums blieb.